

**Tarih:**/..../20...**İstek Yapan Hastane:**..... HASTANESİ BAŞTABIPLIĞI**Teslim Eden:**İl Kızılay Kan Merkezi**1.RhD POZİTİF Kan Komponentleri**

	A	0	B	AB
ERİTROSİT SÜSPANSİYONU (ES)				
TAZE DONMUŞ PLAZMA(TDP)				
TROMBOSİT SÜSPANSİYONU(TS)				
KRYOPRESİPİTAL (CRYO)				

2.RhD NEGATİF Kan Komponentleri

	A	0	B	AB
ERİTROSİT SÜSPANSİYONU (ES)				
TAZE DONMUŞ PLAZMA(TDP)				
TROMBOSİT SÜSPANSİYONU(TS)				
KRYOPRESİPİTAL (CRYO)				

Yukarıda belirtilmiş olan kan komponentlerinin hastanemize teslim edilmesini arz/rica ederiz.

Hastane Kan Bankası Sorumlusu**Baştabiplik Mühür ve İmza**